

PARTE DE MATERNIDAD (Ver instrucciones al dorso)



1) <input type="checkbox"/> El parto ya ha tenido lugar:	<div>Fecha del parto</div> <div>Nº de hijos nacidos en este parto:</div>	<div>__/__/__</div>
2) <input type="checkbox"/> Aún no se ha producido el parto:	<div>Fecha probable del parto:</div> <div>Fecha del inicio del descanso maternal</div>	<div>__/__/__</div> <div>__/__/__</div>

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO
	Primer apellido	Segundo apellido	<i>Apellidos y Nombre:</i> ..... <i>Especialidad:</i> ..... <i>Entidad médica:</i> ..... <i>Lugar, fecha y firma:</i> .....  <b>Nº de colegiado:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Nombre	Número de afiliación	

2	INFORME MÉDICO	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese):
		Fecha y firma del facultativo: